同　意　書

　障害福祉サービスに係る利用者負担額の見直し並びに介護給付費・訓練等給付費及び障害児通所支援の申請にあたり、障害福祉課において利用者の保護者が属する世帯の課税状況・生活保護受給状況等を調査することに同意いたします。

　　令和　　年　　月　　日

　あて先　　松戸市長

**申請者（保護者）　　　　　　　　　　　　利用者（本人）**

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（個人番号　　　　　　　　　　　　）　　（個人番号　　　　　　　　　　　　）

**（同一世帯員）**

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（個人番号　　　　　　　　　　　　）　　（個人番号　　　　　　　　　　　　）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（個人番号　　　　　　　　　　　　）　　（個人番号　　　　　　　　　　　　）